

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Resiko Perilaku Kekerasan

1. Pengertian

Resiko Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi tersebut maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan pada orang lain adalah tindakan agresif yang ditujukan untuk melukai atau membunuh orang lain. Perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, genting dan semua yang ada di lingkungan (Wulansari dan Sholihah 2021).

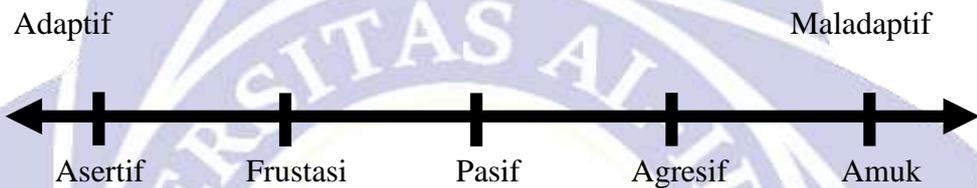
Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi tersebut maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu sedang berlangsung kekerasan atau perilaku kekerasan terdahulu atau riwayat perilaku kekerasan (Nazara dan Pardede, 2021).

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan yang dirasakan sebagai ancaman (Prasetya 2018).

Kesimpulan dari pengertian risiko perilaku kekerasan adalah respon dari stressor yang dialami seseorang dengan menunjukkan perubahan perilaku seperti mengancam, gaduh, tidak bisa diam, mondar-mandir, gelisah, intonasi suara keras, ekspresi tegang, bicara dengan semangat, agresif, nada suara tinggi dan bergembira secara berlebihan yang dapat merugikan diri sendiri dan orang lain.

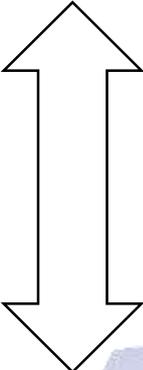
2. Rentang Respon Marah

Bagan 2. 1 Rentang Respon Marah



- a. Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.
- b. Frustrasi : Kegagalan mencapai tujuan karena tidak realistis atau terhambat.
- c. Pasif : Respons lanjutan dimana pasien tidak dapat mengungkapkan perasaannya.
- d. Agresif : Perilaku destruktif tapi masih dapat dikontrol. Orang agresif biasanya tidak mau mengetahui hak orang lain. Dia berpendapat bahwa setiap orang harus bertarung untuk mendapatkan kepentingan sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari orang lain.
- e. Amuk : Perilaku destruktif dan tidak terkontrol. Yaitu rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan control diri. Pada keadaan ini individu dapat merusak dirinya sendiri maupun orang lain.

Tabel 2. 1 Hierarki Perilaku Kekerasan

Rendah	No	Hierarki Perilaku Kekerasan
	1.	Memperlihatkan permusuhan rendah
	2.	Keras menuntut
	3.	Mendekati orang lain dengan ancaman
	4.	Memberi kata-kata ancaman tanpa niat melukai
	5.	Menyentuh orang dengan cara menakutkan
	6.	Memberi kata-kata ancaman dengan cara melukai
	7.	Melukai dalam tingkat ringan tanpa membutuhkan perawatan medis
	8.	Melukai dalam tingkat serius dan memerlukan perawatan medis
Tinggi		

Tabel 2. 2 Perbandingan Perilaku Pasif, Asertif, Agresif

	Pasif	Asertif	Agresif
Isi Bicara	Negatif Menghina Dapatkah saya lakukan Dapatkah lakukan	Positif Menghargai diri sendiri Saya dapat/akan lakukan	Berlebihan Menghina orang lain Anda selalu/tidak pernah
Nada Suara	Diam Lemah Merengek	Diatur	Tinggi Menuntut
Postur/Sikap Tubuh	Melotot Menundukkan kepala	Tegak Releks	Tenang Bersandar kedepan
Personal Space	Orang lain dapat masuk pada teritorial kehidupannya	Menjaga jarak yang menyenangkan Mempertahankan tempat/teritorialnya	Memasuki teritorial orang
Gerakan	Minimal Lemah Resah	Memperlihatkan gerakan yang sesuai	Mengancam Ekspansi Gerakan
Kontak Mata	Sedikit atau tidak	Sekali-kali atau sesuai dengan kebutuhan interaksi	Melotot

3. Mekanisme Terjadinya Marah

Menurut Prastya, & Arum (2017). Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi, represif, denial dan reaksi formasi. Perilaku yang berkaitan dengan risiko perilaku kekerasan antara lain :

- a. Menyerang atau menghindar Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan system syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epinefrin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah merah, pupil melebar, mual, sekresi HCL meningkat, peristaltik gaster menurun, kewaspadaan juga meningkat, tangan menggepal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.
- b. Menyatakan secara asertif Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan perilaku asertif adalah cara yang terbaik, individu dapat mengekspresikan rasa marahnya tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis dan dengan perilaku tersebut individu juga dapat mengembangkan diri.
- c. Memberontak Perilaku muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.
- d. Perilaku kekerasan Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

4. Etiologi

Perilaku kekerasan atau amuk dapat disebabkan oleh frustrasi, takut, intimidasi atau manipulasi. Perilaku kekerasan merupakan hasil konflik emosional yang belum dapat diselesaikan. Perilaku kekerasan juga menggambarkan rasa tidak aman, kebutuhan akan perhatian dan ketergantungan pada orang lain. Pada pasien gangguan jiwa perilaku kekerasan bisa disebabkan adanya perubahan sensorik persepsi berupa halusinasi, baik dengar, visual maupun lainnya. Pasien merasa diperintah oleh suara-suara atau bayangan yang dilihatnya untuk melakukan kekerasan atau pasien merasa marah terhadap suara-suara atau bayangan yang mengejeknya (Wulansari and Sholihah 2021).

Menurut Keliat (2016 dalam (Wulansari and Sholihah 2021) penyebab terjadinya perilaku kekerasan dapat dijelaskan dengan menggunakan konsep stres adaptasi. Stuart yang meliputi faktor predisposisi (faktor yang melatarbelakangi) dan faktor presipitasi (faktor yang memicu adanya masalah).

a. Faktor Predisposisi

Menurut Mafasari (2020) hal-hal yang dapat mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan meliputi :

- 1) Faktor Biologis : Hal yang dikaji pada faktor biologis meliputi adanya faktor herediter yaitu adanya anggota keluarga yang sering memperlihatkan atau melakukan perilaku kekerasan, adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, adanya riwayat

penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan NAPZA (Putri, N, and Fitrianti 2018).

- a) Teori dorongan naluri (*Instinctual drive theory*) Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang kuat. Penelitian neurobiologi mendapatkan bahwa adanyapemberian stimulus listrik ringan pada hipotalamus (yang berada di tengah sistem limbik) binatang ternyata menimbulkan perilaku agresif.
 - b) Teori psikomatik (*Psycomatic theory*) Pengalaman marah dapat diakibatkan oleh respon psikologi terhadap stimulus eskternal maupun internal. Sehingga sistem limbik memiliki peran sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah.
- 2) Faktor Psikologi Kondisi pasien yang tidak diterima oleh lingkungan sekitar sebagai salah satu penyebab pasien melakukan Tindakan resiko perilaku kekerasan. Senada dengan Teori psikoanalitik, teori ini menjelaskan tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Agresif dan kekerasan dapat memberikan kekuatan dan meningkatkan citra diri (Triyani, Dwidiyanti, and Suerni 2019)
 - 3) Faktor Sosial Budaya : Faktor sosial budaya yang mempengaruhi partisipan mengalami perilaku kekerasan yaitu, pekerjaan dan pernikahan (Triyani, Dwidiyanti, and Suerni 2019). Teori

lingkungan sosial (*social environment theory*) menyatakan bahwa lingkungan sosial sangat mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk berespon asertif atau agresif. Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung melalui proses sosialisasi (*Social learning theory*). *Social learning theory* menerjemahkan bahwa agresi tidak berbeda dengan respon-respon yang lain. Agresi dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi, dan semakin sering mendapatkan penguatan maka semakin besar kemungkinan untuk terjadi. Sehingga seseorang akan berespon terhadap keterbangkitan emosionalnya secara agresif sesuai dengan respon yang dipelajarinya. Pembelajaran tersebut bisa internal maupun eksternal. Contoh internal : orang yang mengalami keterbangkitan seksual karena menonton film erotis menjadi lebih agresif dibandingkan mereka yang tidak menonton film tersebut; seorang anak yang marah karena tidak boleh beli es krim kemudian ibunya memberinya es agar si anak berhenti marah, anak tersebut akan belajar bahwa bila ia marah maka ia akan mendapatkan apa yang ia inginkan. Contoh eksternal : seorang anak menunjukkan perilaku agresif setelah melihat seorang dewasa mengekspresikan berbagai bentuk perilaku agresif terhadap sebuah boneka. Kultural dapat pula mempengaruhi perilaku kekerasan. Adanya norma dapat membantu mendefinisikan ekspresi agresif mana yang dapat diterima atau tidak dapat diterima. Sehingga dapat membantu

individu untuk mengekspresikan marah dengan cara yang aserif (Triyani, Dwidiyanti, and Suerni 2019)

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi perilaku kekerasan pada setiap individu bersifat unik, berbeda satu orang dengan yang lain. Faktor ini berhubungan dengan pengaruh stresor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu. Waktu atau lamanya terpapar stressor akan berdampak terhadap adanya keterlambatan dalam mencapai kemampuan dalam kemandirian pasien (Giawa 2021).

Faktor yang dapat menjadi pencetus terjadinya perilaku kekerasan antara lain : klien merasakan kelemahan fisik, keputusasaan, ketidak berdayaan, kurang percaya diri, dan lingkungan (ribut, kehilangan orang atau objek yang berharga, konflik interaksi sosial) (Hulu *et al.* 2021).

Kepatuhan pengobatan merupakan tantangan utama dalam perawatan pasien dengan skizofrenia sehingga dapat mengurangi kejadian masuk rumah sakit. Stresor tersebut dapat merupakan penyebab yang berasal dari dalam maupun dari luar individu. Stresor dari dalam berupa kehilangan relasi atau hubungan dengan orang yang dicintai atau berarti seperti kehilangan keluarga, sahabat yang dicintai, kehilangan rasa cinta, kekhawatiran terhadap penyakit, fisik dan lain-lain. Sedangkan stresor dari luar berupa serangan fisik (Wulansari dan Sholihah, 2021).

Beberapa faktor yang mempengaruhi faktor presipitasi menurut Triyani, Dwidiyanti dan Suerni (2019) adalah :

1) Faktor Psikologi

a) *Frustration aggression theory*

Bila usaha seseorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami hambatan maka akan timbul dorongan agresif yang pada gilirannya akan memotivasi perilaku yang dirancang untuk melukai orang atau objek. Hal ini dapat terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau terhambat. Keadaan frustrasi dapat mendorong individu untuk berperilaku agresif karena perasaan frustrasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan. Lingkungan baru dan tinggal bersama-sama dengan santri lain dalam satu tempat yang memiliki latar belakang budaya berbeda-beda memicu terjadinya kesalahpahaman, padatnya jadwal kegiatan yang membuat mereka merasa tertekan sehingga banyak santri yang melanggar tata tertib pondok. Aktualisasi diri agar dapat diterima dan diakui oleh teman sebaya mereka dengan melakukan tindakan agresif untuk mendapat perhatian (Damanik and Laia 2022).

b) Teori Perilaku (*Behavioral theory*)

Kemarahan merupakan bagian dari proses belajar. Hal ini dapat dicapai apabila tersedia fasilitas atau situasi yang mendukung. Reinforcement yang diterima saat melakukan

kesalahan sering menimbulkan kekerasan didalam maupun di luar rumah (Putri, N, and Fitrianti 2018)

c) Teori Eksistensi (*Existential theory*)

Salah satu kebutuhan dasar manusia adalah bertindak sesuai perilaku. Apabila kebutuhan tersebut tidak dipenuhi melalui perilaku konstruktif, maka individu akan memenuhi kebutuhannya melalui perilaku destruktif (Sutejo, 2017).

2) Faktor Sosial Budaya

Teori lingkungan sosial (*social environment theory*) menyatakan bahwa lingkungan sosial sangat mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk berespon asertif atau agresif. Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung melalui proses sosialisasi (*Social learning theory*). *Social learning theory* menerjemahkan bahwa agresi tidak berbeda dengan respon-respon yang lain. Agresi dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi, dan semakin sering mendapatkan penguatan maka semakin besar kemungkinan untuk terjadi. Sehingga seseorang akan berespon terhadap keterbangkitan emosionalnya secara agresif sesuai dengan respon yang dipelajarinya. Pembelajaran tersebut bisa internal maupun eksternal. Contoh internal : orang yang mengalami keterbangkitan seksual karena menonton film erotis menjadi lebih agresif dibandingkan mereka yang tidak menonton film tersebut; seorang anak yang marah karena tidak boleh beli es krim kemudian

ibunya memberinya es agar si anak berhenti marah, anak tersebut akan belajar bahwa bila ia marah maka ia akan mendapatkan apa yang ia inginkan. Contoh eksternal : seorang anak menunjukkan perilaku agresif setelah melihat seorang dewasa mengekspresikan berbagai bentuk perilaku agresif terhadap sebuah boneka. Kultural dapat pula mempengaruhi perilaku kekerasan. Adanya norma dapat membantu mendefinisikan ekspresi agresif mana yang dapat diterima atau tidak dapat diterima. Sehingga dapat membantu individu untuk mengekspresikan marah dengan cara yang asertif.

3) Faktor Resiko

Menurut Nanda (dalam Sutejo 2017) menyatakan faktor-faktor risiko dari risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self-directed violence*) dan risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (*risk for otherdirected violence*).

a) Risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self-directed violence*).

- (1) Usia \geq 45 tahun
- (2) Isyarat tingkah laku ((menulis catatan cinta yang sedih, menyatakan pesan bernada kemarahan kepada orang tertentu yang telah menolak individu tersebut, dll)
- (3) Konflik mengenai orientasi seksual
- (4) Konflik dalam hubungan interpersonal
- (5) Pengangguran atau kehilangan pekerjaan (masalah pekerjaan)

- (6) Sumber daya personal yang tidak memadai
 - (7) Status perkawinan (sendiri, menjanda, bercerai)
 - (8) Isu kesehatan mental (depresi, psikosis, gangguan kepribadian, penyalahgunaan zat).
 - (9) Pekerjaan (profesional, eksekutif, administrator, atau pemilik bisnis, dll)
 - (10) Pola kesulitan dalam keluarga (riwayat bunuh diri, sesuatu yang bersifat kekerasan atau konfliktual)
 - (11) Isu kesehatan fisik
 - (12) Gangguan psikologis
 - (13) Isolasi sosial
 - (14) Ide bunuh diri, rencana bunuh diri, riwayat ucapan bunuh diri berulang
 - (15) Isyarat verbal (membicarakan kematian, menanyakan tentang dosis mematikan suatu obat, dll)
- b) Resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (*risk for other-violence*)
- (1) Akses atau ketersediaan senjata
 - (2) Alterasi (gangguan) fungsi kognitif
 - (3) Perilaku kejam terhadap binatang
 - (4) Riwayat kekerasan masa kecil, baik secara fisik, psikologis, maupun seksual
 - (5) Riwayat penyalahgunaan zat
 - (6) Riwayat menyaksikan kekerasan dalam keluarga

- (7) Pelanggaran atau kejahatan kendaraan bermotor (seperti pelanggaran lalu lintas, penggunaan kendaraan bermotor untuk melampiaskan amarah)
- (8) Bahasa tubuh negatif (seperti kekauan, mengepalkan tinju/ukulan, hiperaktivitas, dll)
- (9) Gangguan neurologis (trauma kepala, gangguan serangan, kejang, dll)
- (10) Intoksikasi patologis I. Riwayat melakukan kekerasan tidak langsung (kencing dilantai, menyobek objek di dinding, melempar barang, memecahkan kaca, membanting pintu, dll)
- (11) Pola perilaku kekerasan terhadap orang lain (menendang, memukul, menggigit, mencakar, upaya perkosaan, memperkosa, pelecehan seksual, mengencingi orang, dll)
- (12) Pola ancaman kekerasan (ancaman secara verbal terhadap objek atau orang lain, menyumpah serapah, gestur atau catatan mengancam, ancaman seksual, dll)
- (13) Pola perilaku kekerasan antisosial (mencuri, meminjam dengan memaksa, penolakan terhadap medikasi, dll).

5. Mekanisme Koping

Menurut Prastya, & Arum (2017). Penulis perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah

mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi, represif, denial dan reaksi formasi. Perilaku yang berkaitan dengan risiko perilaku kekerasan antara lain :

a. Menyerang atau menghindar

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan system syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epinefrin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah merah, pupil melebar, mual, sekresi HCL meningkat, peristaltik gaster menurun, kewaspadaan juga meningkat, tangan menggepal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

b. Menyatakan secara asertif

Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan perilaku asertif adalah cara yang terbaik, individu dapat mengekspresikan rasa marahnya tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis dan dengan perilaku tersebut individu juga dapat mengembangkan diri.

c. Memberontak

Perilaku muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain. d. Perilaku kekerasan
Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain

6. Manifestasi Klinis

Menurut Keliat (2016 dalam (Damanik and Laia 2022) tanda dan gejala perilaku kekerasan sebagai berikut :

a. Kognitif :

Mempunyai pikiran negatif dalam menghadapi stressor, mendominasi, bawel, sarkasme, berdebat, meremehkan keputusan, *flight of idea*, gangguan berbicara, perubahan isi pikir, konsentrasi menurun

b. Afektif

Mudah tersinggung, tidak sabar, frustrasi, ekspresi wajah nampak tegang, merasa tidak nyaman, merasa tak berdaya, jengkel, dendam, ingin memukul orang lain, menyalahkan dan menuntut.

c. Fisiologis

Tekanan darah meningkat, nadi dan pernafasan meningkat, pupil dilatasi, tonus otot meningkat, mual, frekuensi buang air besar meningkat, kadang-kadang konstipasi, reflek tendon maningkat, peristaltik gaster menurun, pengeluaran urine dan saliva meningkat, kewaspadaan meningkat disertai ketegangan otot seperti rahang terkatup, tangan dikepal, tubuh jadi kaku, dan disertai refleks yang cepat.

d. Behavior

Agresif pasif, bermusuhan, sinis

e. Curiga

Mengamuk, ada suara keras dan kasar, perilaku yang berkaitan dengan kekerasan antara lain menyerang, menghindar (*fight or flight*), menyatakan secara asertif (*asertiveness*), memberontak (*acting out*).

7. Penatalaksanaan

a. Medis

- 1) Nozinan, yaitu sebagai pengontrol perilaku psikososial.
- 2) Haloperidol, yaitu mengontrol psikosis dan perilaku merusak diri.
- 3) Thrihexiphenidil, yaitu mengontrol perilaku merusak diri dan menenangkan hiperaktivitas.
- 4) ECT (*Elektro Convulsive Therapy*), yaitu menenangkan klien bila mengarah pada keadaan amuk.

b. Penatalaksanaan keperawatan

1) Psikoterapeutik

Psikoterapeutik adalah terapi bicara karena didasarkan pada percakapan yang dilakukan dengan psikoterapis, psikiater, terapis atau konselor terlatih. Dalam suasana membina hubungan saling percaya dan terjaga kerahasiaannya, pasien menceritakan bagian-bagian hidup yang pernah dialami yang masih teringat jelas dalam ingatannya. Berikut Strategi Pelaksanaan pada pasien Skizofrenia dengan Resiko Perilaku Kekerasan :

SP 1 : Membina hubungan saling percaya (BHSP), membantu pasien mengidentifikasi resiko perilaku kekerasannya, menjelaskan cara mengenal dan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara nafas dalam dan pukul bantal.

SP 2: Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara: patuh minum obat.

SP 3: Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal.

SP 4: Melatih pasien mengontrol

perilaku kekerasan dengan cara spiritual : berdzikir (Siambaton 2020).

2) Lingkungan Terapeutik

Lingkungan Terapeutik adalah fasilitas pelayanan kesehatan untuk pasien dengan resiko perilaku kekerasan diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan, keamanan, dan hubungan sosial yang normal. Desain lingkungan yang terapeutik diperlukan untuk pasien dilingkungan rumah sakit. Berikut Strategi Pelaksanaan pada pasien Skizofrenia dengan Resiko Perilaku Kekerasan : SP 1 : Membina hubungan saling percaya (BHSP), membantu pasien mengidentifikasi resiko perilaku kekerasannya, menjelaskan cara mengenal dan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara nafas dalam dan pukul bantal. SP 2: Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara: patuh minum obat. SP 3: Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal. SP 4: Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual : berdzikir Smith & Watkins, 2010 dalam jurnal (Siambaton 2020).

3) Kegiatan hidup sehari-hari (ADL)

Kegiatan hidup sehari-hari merupakan suatu aktifitas harian pasien yang terjadwal dengan baik dan komperhensif dimana pada jadwal kegiatan terdapat aspek peningkatan kesembuhan pada pasien. Dalam pelaksanaan kegiatan sehari-hari pada pasien

skizofrenia dengan resiko perilaku kekerasan yaitu (SP 1-SP 4) terdiri dari :

SP 1 : Membina hubungan saling percaya (BHSP), membantu pasien mengidentifikasi resiko perilaku kekerasannya, menjelaskan cara mengenal dan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara nafas dalam dan pukul bantal. SP 2: Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara: patuh minum obat. SP 3: Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal. SP 4: Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual : berdzikir (Siambaton 2020).

4) Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo, 2010 Pendidikan Kesehatan adalah upaya dalam pembelajaran kepada masyarakat agar melakukan tindakan-tindakan (praktek) untuk mengatasi masalah di masyarakat, kegiatan ini dapat meningkatkan kesehatannya. Perubahan atau tindakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang di hasilkan oleh pendidikan kesehatan ini didasarkan kepada pengetahuan dan kesadarannya melalui proses pembelajaran. Sehingga prilaku tersebut di harapkan akan berlangsung lama dan menetap (arianti and gusmiati 2018). terapi generalis (SP 1-4) pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan yaitu SP 1 : Membina hubungan saling percaya (BHSP), membantu pasien mengidentifikasi resiko perilaku kekerasannya, menjelaskan cara mengenal dan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara

nafas dalam dan pukul bantal. SP 2: Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara: patuh minum obat. SP 3: Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal. SP 4: Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual : berdzikir (Siambaton 2020).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas

Nama, umur, jenis kelamin, No RM, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian.

b. Alasan masuk

Biasanya pasien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, bersifat kasar dan pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur (Lase and Pardede 2022).

c. Faktor Predisposisi

- 1) Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa (Lase dan Pardede, 2022).
- 2) Biasanya klien berobat untuk pertama kalinya kedukun sebagai alternatif serta memasung dan bila tidak berhasil baru di bawa kerumah sakit jiwa.

3) Trauma

Biasanya pasien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan.

4) Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.

5) Biasanya pasien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan.

d. Fisik Pengkajian fisik

1) Ukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah akan bertambah naik, nadi cepat, suhu, pernapasan terlihat cepat.

2) Ukur tinggi badan dan berat badan.

3) Yang kita temukan pada klien dengan perilaku kekerasan pada saat pemeriksaan fisik (mata melotot, pandangan tajam, tangan menggepal, rahang mengatup, wajah memerah)

4) Verbal (mengancam, mengumpat kata-kata kotor, berbicara kasar dan ketus).

e. Psikososial

1) Genogram

Genogram merupakan suatu pola untuk menggambar pohon keluarga yang menyimpan informasi tentang anggota keluarga dan hubungan diantara mereka sepanjang tiga generasi. Genogram dibuat 3 generasi keatas yang dapat menggambarkan

hubungan klien dengan keluarga. Tiga generasi ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh klien maupun keluarga pada saat pengkajian (Lase dan Pardede 2022).

2) Konsep diri

Konsep Diri sebagai perasaan, pandangan, dan penilaian individu mengenai dirinya yang didapat dari hasil interaksi dengan lingkungan sekitarnya. Dapat kita simpulkan bahwa konsep diri adalah cara pandang kita terhadap diri kita sendiri. Biasanya ada anggota tubuh klien yang tidak disukai klien yang mempengaruhi keadaan klien saat berhubungan dengan orang lain sehingga klien merasa terhina, diejek dengan kondisinya tersebut (Putri dan Fitrianti 2018).

a) Identitas diri

Identitas merupakan refleksi diri atau cerminan diri yang berasal dari keluarga, gender, budaya, etnis dan proses sosialisasi. Identitas pada dasarnya merujuk pada refleksi dari diri kita sendiri dan persepsi orang lain terhadap diri kita. Biasanya pada klien dengan perilaku kekerasan tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya, baik disekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat tinggal (Nazara dan Pardede 2021).

b) Peran diri

Bentuk sikap atau tingkah laku, nilai, dan tujuan yang diharapkan oleh suatu kelompok sosial terkait dengan fungsi

dan peran individu di dalam masyarakat atau kelompok sosial tersebut. Biasanya klien memiliki masalah dengan peran atau tugas yang diembannya dalam keluarga, kelompok atau masyarakat dan biasanya klien tidak mampu melaksanakan tugas dan peran tersebut dan merasa tidak berguna.(Giawa 2021).

c) Ideal diri

Kodisi dimana seseorang ingin melihat dirinya seperti apa yang diinginkannya. Biasanya klien memiliki harapan yang tinggi terhadap tubuh, posisi dan perannya baik dalam keluarga, sekolah, tempat kerja dan masyarakat (Prasetya 2018).

d) Harga diri

Harga diri adalah penilaian terhadap diri individu mengenai siapa dirinya yang berdasarkan pada keyakinan dari individu itu sendiri. Biasanya pasien dengan risiko perilaku kekerasan hubungan dengan orang lain akan terlihat baik, harmoni sata terdapat penolakan atau pasien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun diluar lingkungan keluarga (Nurul Istiana 2021).

f. Hubungan sosial

- 1) Orang yang berarti tempat mengadu,berbicara
- 2) Kegiatan yang diikuti pasien dalam masyarakat dan apakah pasien berperan aktif dalam kelompok tersebut

- 3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain/tingkat keterlibatan pasien dalam hubungan masyarakat.

g. Spiritual

- 1) Nilai dan keyakinan Biasanya pasien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa.
- 2) Kegiatan ibadah Biasanya dalam selama sakit pasien jarang melakukan ibadah.

h. Status Mental

1) Penampilan

Biasanya penampilan pasien kotor.

2) Pembicaraan

Biasanya pada pasien perilaku kekerasan pada saat dilakukan pengkajian bicara cepat, keras, kasar, nada tinggi dan mudah tersinggung.

3) Aktivitas motorik

Biasanya aktivitas motorik pasien dengan perilaku kekerasan akan terlihat tegang, gelisah, gerakan otot muka berubah-ubah, gemetar, tangan mengepal, dan rahang dengan kuat.

4) Alam perasaan

Biasanya akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan.

5) Efek

Biasanya pasien mudah tersinggung dan sering marah-marah tanpa sebab.

6) Interaksi selama wawancara

Biasanya pasien dengan risiko perilaku kekerasan akan terlihat bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau menatap lawan bicara dan mudah tersinggung.

7) Persepsi

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas.

8) Isi Pikir

Biasanya pasien meyakini dirinya tidak sakit, dan baik-baik saja.

9) Tingkat kesadaran

Biasanya pasien perilaku kekerasan kadang tampak bingung.

10) Memori

Biasanya pasien di waktu wawancara dapat mengingat kejadian yang terjadi dan mengalami gangguan daya ingat jangka panjang.

11) Kemampuan penilaian

Biasanya pasien mengalami kemampuan penilaian ringan dan sedang dan tidak mampu mengambil keputusan.

12) Daya tilik diri

Biasanya pasien mengingkari penyakit yang dideritanya.

i. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Biasanya pasien tidak mengalami perubahan pola makan

2) BAB/BAK

Biasanya pasien dengan risiko perilaku kekerasan tidak ada gangguan.

3) Mandi

Biasanya pasien jarang mandi, tidak menyikat gigi, jarang mencuci rambut dan bercukur atau berhias. Badan klien sangat bau dan kotor, dan pasien hanya melakukan kebersihan diri jika disuruh.

4) Berpakaian

Biasanya pasien jarang mengganti pakaian, dan tidak mau berdandan. Pasien tidak mampu mengenakan pakaian dengan sesuai dan pasien tidak mengenakan alas kaki

5) Istirahat dan tidur

Biasanya pasien tidak melakukan persiapan sebelum tidur, seperti: menyikat gigi, cuci kaki, berdoa. Dan sesudah tidur. Seperti: merapikan tempat tidur, mandi atau cuci muka dan menyikat gigi. Frekuensi tidur klien berubah-ubah, kadang nyenyak dan kadang gaduh atau tidak tidur.

6) Penggunaan obat

Biasanya pasien mengatakan minum obat 3 kali sehari dan pasien tidak mengetahui fungsi obat dan akibat jika putus minum obat.

7) Pemeliharaan Kesehatan

Biasanya pasien tidak memperhatikan kesehatannya, dan tidak peduli tentang bagaimana cara yang baik untuk merawat dirinya.

8) Aktifitas didalam rumah

Biasanya pasien mampu merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri dan mengatur biaya sehari-hari.

j. Mekanisme koping

Biasanya pasien menggunakan respon maladaptif yang ditandai dengan tingkah laku yang tidak terorganisir, marah-marah bila keinginannya tidak terpenuhi, memukul anggota keluarganya, dan merusak alat-alat rumah tangga.

k. Masalah psikologis dan lingkungan

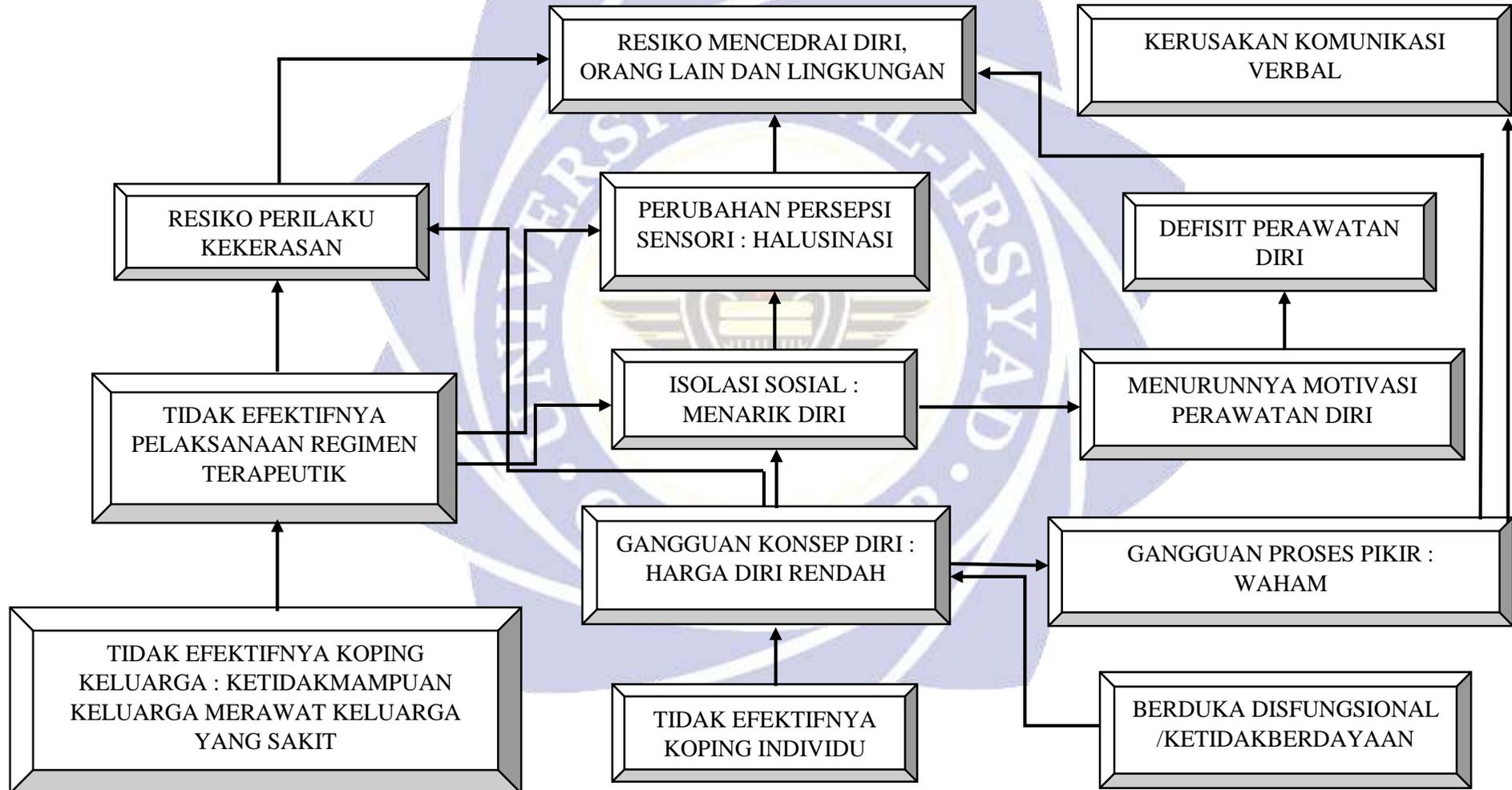
Biasanya pasien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan sehingga pasien tidak mau berinteraksi dengan lingkungan.

l. Pengetahuan

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan kurang pengetahuan tentang penyakitnya dan pasien tidak mengetahui akibat dari putus obat dan fungsi dari obat yang diminumnya.

m. Pohon Masalah

Bagan 2. 2 Pohon Masalah



2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan hasil dari pengkajian yang penulis peroleh untuk menentukan masalah yang diderita pasien. Berdasarkan pohon masalah dari teori Madhani (2021, dalam Wiranto 2022) bahwa diagnosa keperawatannya adalah risiko perilaku kekerasan (Lase dan Pardede 2022).

c. Intervensi Keperawatan

Pada tahap ini penulis merencanakan intervensi keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang sudah ditentukan menggunakan pohon masalah dan diagnosa pada pasien Tn. F adalah Risiko Perilaku Kekerasan. Rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan meliputi pemberian tindakan keperawatan berupa terapi generalis (SP 1-SP 4) yaitu : Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam dan memukul kasur/ bantal, minum obat secara teratur, kontrol perilaku kekerasan dengan cara berbicara baik- baik (verbal) dan spiritual : berdzikir (Lase dan Pardede 2022).

Tabel 2. 3 SP 1- 4 Resiko Perilaku Kekerasan

DIAGNOSA KEPERAWATAN		TUJUAN	KRITERIA HASIL	INTERVENSI
Resiko Kekerasan	Perilaku	<p>TUM : Pasien dapat mengontrol/mengendalikan Perilaku Kekerasan yang dialaminya</p> <p>TUK :</p> <p>SP I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya 2. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan 3. Dapat mengetahui tanda dan gejala perilaku kekerasan 4. Dapat menyebutkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan 5. Pasien dapat mengetahui akibat dari perilaku kekerasan 6. Melatih napas dalam dan pukul bantal 7. Dapat menyebutkan dan melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan <p>SP 2: Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara: patuh minum obat</p> <p>SP 3: Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal</p> <p>SP 4 : pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual</p>	<p>Pasien mampu mengontrol Perilaku Kekerasan yang dialaminya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan 2. Dapat mengetahui tanda dan gejala perilaku kekerasan 3. Dapat menyebutkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan 4. Pasien dapat mengetahui akibat dari perilaku kekerasan 5. Pasien dapat menyebutkan dan melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan : fisik, patuh minum obat, verbal dan spiritual 	<p>SP 1 : Membina hubungan saling percaya (BHSP), membantu pasien mengidentifikasi resiko perilaku kekerasannya, menjelaskan cara mengenal dan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara nafas dalam dan pukul bantal</p> <p>SP 2: Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara: patuh minum obat</p> <p>SP 3: Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal</p> <p>SP 4: Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual : berdzikir</p>

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata sering pelaksanaan jauh berbeda dengan rencana, hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan kliensesuai dengan kondisinya (*here and now*). Perawat juga menilai diri sendiri, apakah kemampuan interpersonal, intelektual, teknikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan, dinilai kembali apakah aman bagi klien. Setelah semuanya tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan (Hasannah, 2019 dalam Nazara dan Pardede, 2021)

Implementasi dilakukan sesuai intervensi keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan dengan melihat kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor klien. Teknik yang perlu diperhatikan adalah strategi komunikasi, yang harus dilakukan yaitu : bersikap tenang, bicara lambat, bicara tidak dengan cara menghakimi, bicara netral dengan cara yang kongkrit, tunjukkan respek pada klien, hindari intensitas kontak mata langsung, demonstrasikan cara mengontrol situasi tanpa kesan berlebihan, fasilitasi pembicaraan klien, dengarkan klien, jangan terburu-buru menginterpretasikan, jangan buat janji yang tidak dapat perawat sejadi. Lingkungan: menyediakan berbagai aktivitas. Tindakan perilaku: membuat kontrak dengan klien mengenai perilaku yang dapat diterima (Lase dan Pardede 2022).

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan adalah proses hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan. Kriteria hasil yang diharapkan adalah tidak terjadi perilaku kekerasan, klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenal RPK nya, klien dapat mengontrol RPK dari jangka waktu 4x24 jam didapatkan data subjektif keluarga menyatakan senang karena sudah diajarkan teknik mengontrol RPK, keluarga menyatakan pasien mampu melakukan beberapa teknik mengontrol RPK. Data objektif pasien tampak berbicara sendiri saat RPK itu datang, pasien dapat berbincang- bincang dengan orang lain, pasien mampu melakukan aktivitas terjadwal, dan minum obat secara teratur (Lase dan Pardede 2022). Menurut Pristalia (2020) mengatakan bahwa tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat di dokumentasikan dalam format implementasi dan evaluasi dengan menggunakan pendekatan SOAP. Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Hasil evaluasi penulis tidak ada kesenjangan antara evaluasi tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus.

C. Evidence Base Practice (EBP)

1. Definisi Terapi Generalis

Terapi generalis adalah penanganan yang dapat dilakukan untuk mengatasi gejala perilaku kekerasan yaitu dengan memberikan tindakan asuhan keperawatan melalui manajemen perilaku kekerasan. Bertujuan

membantu pasien dalam mengontrol rasa marah dan mendorong pasien agar mampu mengungkapkan rasa marah kepada orang lain tanpa menggunakan kekerasan (Lestari *et al.*, 2022).

2. Tujuan

Tujuan dari Terapi Generalis ini yaitu membantu pasien dalam mengontrol rasa marah dan mendorong pasien agar mampu mengungkapkan rasa marah kepada orang lain tanpa menggunakan kekerasan (Lestari *et al.*, 2022).

- a. Membantu pasien mengidentifikasi resiko perilaku kekerasannya.
- b. Menjelaskan cara mengenal dan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara nafas dalam dan pukul bantal.
- c. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara: patuh minum obat
- d. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal
- e. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual

3. Prosedur

- a. Fase Prainteraksi
 - 1) Pengumpulan data pasien
 - 2) Mempersiapkan SOP Terapi generalis SP (1-4)
- b. Fase Orientasi
 - 1) Membina hubungan saling percaya
 - 2) Menanyakan identitas pasien seperti nama lengkap, alamat dan nama panggilan yang disukai

- 3) Menanyakan kabar, keluhan saat ini dan perkembangan kesehatannya selama diruangan
- 4) Kontrak waktu, tempat dan topik

c. Fase Kerja

1) SP 1 :

- a) Membina hubungan saling percaya (BHSP)
- b) Membantu pasien mengidentifikasi resiko perilaku kekerasan
- c) Menjelaskan cara mengenal dan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara nafas dalam dan pukul bantal

2) SP II : Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara: patuh minum obat

3) SP III : Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal

4) SP IV : Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual

d. Fase Terminasi

1) Memberikan apresiasi pada pasien jika mampu mempraktikkan terapi generalis SP 1-4 .

2) Mendiskusikan manfaat yang didapat setelah mempraktikkan terapi generalis SP 1-4.

3) Memberikan kesempatan pada pasien untuk mengajukan pertanyaan mengenai mempraktikkan terapi generalis SP 1-4 yang sudah dilakukan.

4) Menganjurkan pasien untuk melakukan terapi generalis SP 1-4 secara rutin dan mandiri.

Tabel 2. 4 EVIDENCE BASE PRACTICE (EBP)

No	Penulis (Tahun)	Judul	Jenis dan Desain Penelitian	Variabel Penelitian dan Populasi	Analisa Data	Hasil Penelitian
1.	Repanus Giawa	Penerapan Terapi Generalis (SP 1 – 4) dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. D dengan Masalah Resiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Sibual – buali : Studi Kasus	Metode penulisan ini menggunakan pendekatan studi kasus. Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan (Untari, 2020). Pemberian asuhan keperawatan dilakukan secara langsung pada pasien	48 Responden Variable Independent : Terapi Generalis SP 1-4 Variable Dependent : Resiko Perilaku Kekerasan	Analisa data menggunakan uji content analysis.	Dari data pengkajian yang telah didapatkan penulis, diagnosa keperawatan yang muncul adalah risiko perilaku kekerasan. Diagnosa risiko perilaku kekerasan didukung dengan data subjektif pasien mengatakan pernah melempar barang-barang yang ada dirumahnya, pasien mengatakan sering marahmarah, pasien pernah membakar rumah orangtuanya. Sedangkan data objektifnya didapatkan pandangan mata pasien tampak melotot, pasien merasa gelisah dan wajah tampak memerah, pasien berbicara agak keras dan cepat. intervensi keperawatan pada Tn.D dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP). Pada diagnosa pertama risiko perilaku kekerasan dengan SP 1 : Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara : latihan fisik 1 : tarik nafas dalam, latihan fisik2 : Pukul kasur bantal. SP 2 : Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat secara teratur. SP 3 : Komunikasi secara verbal : asertif/bicarabaik-baik. SP 4 : Spritual. Dengan kriteria hasil : Klien mampumendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal. Klien dapat mengetahui pentingnya minum obat secara teratur, 5 benar dalam minum obat (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu pemberian, bena cara pemberian obat), kerugian jika putus minum obat. Klien mampu : meminta sesuatu

						dengan baik tanpa marah, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan kesal. Klien mampu mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara: beribadah dan berdoa.
2.	Ristiniati Nazara	Penerapan Terapi Generalis dalam Pemberin Asuhan Keperawatan Jiwa Psien Skizofrenia dengan Masalah Resiko Perilaku Kekerasan	Metode penulisan ini menggunakan pendekatan studi kasus. Metode penulisan ini menggunakan pendekatan studi kasus.	1 Responden Variable Independent : Terapi generalis Variable Dependent : Resiko Perilaku Kekerasan	Anlisa data menggunakan uji content analysis	Hasil pengkajian dan observasi pada pasien dengan diagnosa keperawatan risiko perilaku dengan hasil pengkajian pasien marah-marrah, meminta warisan orangtua, suka membawa benda tajam sambil berkeliaran diluar rumah, pernah membakar rumah orangtuanya, gelisah dan sulit tidur. Hasil evaluasi tindakan keperawatan pada diagnosa risiko perilaku kekerasan didapatkan Tn.P tampak tenang, senang dan mampu mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan tarik napas dalam dan pukul kasur bantal, mampu minum obat secara teratur, mampu berbicara baik-baik, pasien mampu beribadah.
3.	Anton Surya Prasetya	Efektivitas Jadwal Sehari-hari Terhadap Kemampuan Mengontrol Perilaku Kekerasan	Penelitian ini menggunakan desain penelitian “ <i>Quasi Experimental Pre-Post Test With Control Group</i> ” dengan intervensi terapi general dan Jadwal Kegiatan Sehari-hari.	56 Responden Variable Independent : Efektifitas Terapi generalis Jadwal Sehari-hari Varriable Dependent : Resiko Perilaku Kekerasan	Analisis data diolah dengan menggunakan program statistik (SPSS) yang meliputi analisis univariat dan bivariat.	Hasil penelitian ini menunjukkan adanya peningkatan yang bermakna nilai kemampuan mengontrol risiko perilaku kekerasan sebelum dan sesudah mendapatkan terapi pemberian jadwal (kelompok intervensi dan kelompok kontrol) yaitu rata-rata tingkatnya pada kelompok intervensi (sebelumnya 1,0 menjadi 2,96 Terdapat peningkatan 1,96) dan pemberian jadwal kegiatan yang dimonitoring kemandiriannya dalam melakukannya selama satu minggu yang diharapkan menjadi kebiasaan, sehingga klien tidak mudah menjadi lupa dan hasilnya kemampuan klien menjadi mandiri.
4.	Nurul Isti'anah	Asuhan Keperawatan Klien Skizofrenia Dengan Risiko Perilaku Keketrasan Dalam	Metode penelitian ini menggunakan metode pendekatan studi kasus dengan jenis	1 responden Variable Independent : Terapi generalis SP 1-4	Anlisa data menggunakan uji content analysis	Hasil dari pengkajian didapatkan data alasan masuk klien karena klien mengamuk dan marah-marrah, menunjukkan bahwa klien mengatakan khawatir dan takut menjadi omongan tetangga karena gangguan jiwa nya. Diagnosa keperawatan risiko perilaku kekerasan.

	Pemenuhan Kebutuhan Psikososial Dan Kesehatan Jiwa	penelitian deskriptif.	Variable Dependent : Risiko Perilaku Kekerasan	Strategi pelaksanaan terdiri dari strategi pelaksanaan pertama sampai strategi pelaksanaan empat. Pemberian latihan fisik I dan II yang dilakukan selama empat hari mampu meningkatkan kemampuan mengontrol marah klien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan. Hal ini terlihat dari adanya penurunan tanda dan gejala dari yang sebelumnya 12 tanda dan gejala menjadi 5 tanda dan gejala yang muncul pada klien dengan risiko perilaku kekerasan.	
5.	Vevi Suryenti Putri 1) , Restia Mella N 2) dan Salvita Fitrianti3) Program Studi S1 Keperawatan STIKBA	Pengaruh Strategi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Terhadap Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jambi	Desain penelitian yang digunakan adalah pre-experimental design dengan one group pre-test and post-test design.	20 Responden Variable Independent : Strategi Pelaksanaan 1-4, Komunikasi Terapeutik Variable Dependent : Risiko Perilaku Kekerasan	Pengumpulan data dilakukan dengan teknik proporsional random sampling Hasil penelitian menunjukkan sebelum dilakukan terapi komunikasi terapeutik diketahui sebagian besar responden mempunyai perilaku yang kurang baik (maladaptif) dengan mean 40.50, dan diberikan terapi komunikasi terapeutik diketahui terjadi peningkatan skor perilaku yang lebih baik (adaptif) dengan mean 43,90. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan terapi komunikasi terapeutik dalam mengatasi masalah perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia dengan p-value 0,013 (p-value <0.05).
6.	Budi Priyanto1 , Iman Permana2 1 Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Serulingmas Cilacap 2 Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas	Pengaruh latihan asertif dalam memperpendek lama perawatan dan menurunkan gejala risiko perilaku kekerasan	.Metode yang digunakan adalah Quasi eksperiment pre-post test with control group dengan perlakuan latihan asertif.	34 Responden Variable Independent : Latihan Asertif Variable Dependent : Risiko Perilaku Kekerasan	Pengumpulan data pada penelitian ini adalah consecutive sampling Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan pengaruh latihan asertif dalam memperpendek lama perawatan (p value > 0,05), tetapi terjadi penurunan respon perilaku sebesar 6,06 pada kelompok intervensi sedangkan 2,64 pada kelompok kontrol, penurunan respon sosial sebesar 5,35 pada kelompok intervensi sedangkan 2,24 pada kelompok kontrol, respon kognitif sebesar 5,59 pada kelompok intervensi sedangkan 2,71 pada kelompok kontrol, serta penurunan respon fisik pada kelompok intervensi sebesar 3,65 sedangkan 2,47 pada kelompok kontrol secara bermakna (p value < 0,05) setelah dilakukan latihan asertif. Tidak ada pengaruh latihan asertif dalam memperpendek lama perawatan tetapi

Muhammadiyah Yogyakarta

7.	Ristiniati Nazara, Jek Amidos Pardede	Penerapan Terapi Generalis dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Jiwa Among Pasien Skizofrenia dengan Masalah Resiko Perilaku Kekerasan	Metode penelitian ini menggunakan metode pendekatan studi kasus dengan jenis penelitian deskriptif.	1 Responden Variable Independent : Latihan Asertif Variable Dependent : Resiko Perilaku Kekerasan	Analisa data menggunakan uji content analysis	latihan asertif terbukti efektif dalam menurunkan gejala risiko perilaku kekerasan. Implementasi yang pertama untuk diagnosa keperawatan risiko perilaku kekerasan dilakukan selama 5 hari berturut - turut pada Tn.P. Hasil evaluasi tindakan keperawatan pada diagnosa risiko perilaku kekerasan didapatkan Tn.P tampak tenang, senang dan mampu mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan tarik napas dalam dan pukul kasur bantal, mampu minum obat secara teratur, mampu berbicara baik-baik, pasien mampu beribadah.
----	---------------------------------------	--	---	---	---	--

